REVISIÓN

UN NUEVO CONCEPTO PARA LA COMPRENSIÓN E INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA: MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

(Rev GPU 2010; 6; 1: 79-91)

Marcelo Cárcamo[1], Laura Moncada[2]

El presente es un artículo de divulgación que surge como producto del trabajo realizado durante el primer semestre del año 2008, como alumno del programa de Doctorado de Investigación en Psicoterapia de la Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica de Chile. Inserto en esta formación fui supervisado y acompañado por la profesora Dra. Laura Moncada en un trabajo consistente en una revisión bibliográfica. La Dra. Moncada es psicóloga clínica de orientación humanista e investigadora en el área de psicoterapia.

Se presenta el concepto de Mindfulness, proveniente de la tradición de la psicología budista y que ha sido incorporado gradualmente por teóricos e investigadores en el ámbito de la Psicología y la Psicoterapia a través de diversas comprensiones y aplicaciones. El objetivo de este trabajo es aproximar a los profesionales en Salud Mental a un concepto muy poco conocido en el ámbito nacional que durante los últimos 20 años ha acumulado un número significativo de publicaciones para la comunidad científica internacional.

INTRODUCCIÓN

La "Atención Plena", o su equivalente anglo-sajón *Mindfulness*, es el corazón de la psicología budista. Ha sido definido como un estado inherente de conciencia que implica la atención focalizada, momento a momento, en la propia experiencia, la cual es recogida tanto del mundo interno como del externo (Kabat-Zinn, 2003). Este estado se cultiva y desarrolla a través de diversos métodos de meditación y también de prácticas cotidianas, tradición enraizada luego de siglos de disciplina en las culturas de Oriente.

El encuentro de esta tradición oriental con la Psicología occidental parte con la llegada de diversos

[1] Ph.D. (c) Doctorado de Investigación en Psicoterapia.mocarcam@uc.cl
[2] Ph.D. Doctora en Psicología, Universidad de Chile

practicantes de disciplinas de meditación budista (en sus variantes india como el Yoga o la japonesa Zen) a mediados del siglo XX a distintas áreas continentales. Ellos comenzaron gradualmente a enseñar y compartir estas técnicas y tanto en Norteamérica como en Europa la práctica de la meditación comenzó a ser frecuentada por diversos profesionales entre los cuales había psiquiatras y psicoterapeutas. Ellos, después de experimentar los beneficios de esta práctica, se interesaron por buscar posibilidades de aplicabilidad en el contexto de su trabajo. El resultado de este esfuerzo es una ola de trabajos publicados, que se desarrollaron exponencialmente y que podemos apreciar en el Gráfico 1.

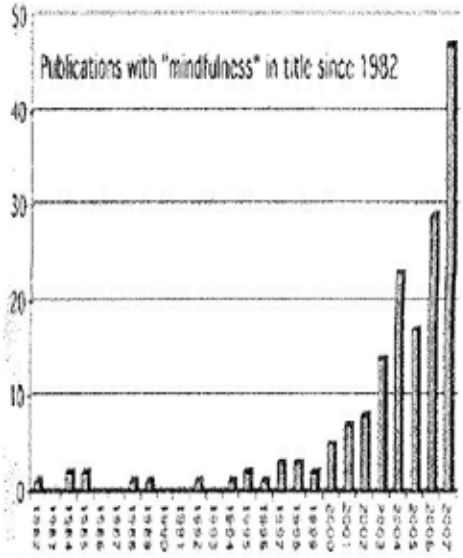

Gráfico 1. Número de publicaciones por año con la palabra "mindfulness" en el título desde 1982 (Kabat-Zinn, 2008).

La idea central de este artículo será exponer y desarrollar el concepto *Mindfulness. Se dará* cuenta de un proceso de intercambio cultural que ha estado operando desde la década de 1970. Este proceso tiene como resultado el acercamiento a nociones y prácticas originadas en enfoques milenarios de la filosofía y antropología oriental. En ellas tanto la concepción de ser humano como del entendimiento de la realidad son distintas a las nuestras. Sin embargo, como han sido incorporadas por la psicología occidental, revisaremos ciertos antecedentes tanto en el enfoque fenomenológico/experiencial (escuela humanista) como en el psicodinámico que nos facilitarán la comprensión y asimilación de este antiguo conocimiento aplicado a conceptualizaciones occidentales contemporáneas.

Se contextualizará el *mindfulness* dentro del budismo recorriendo sus antecedentes conceptuales e históricos de manera muy sucinta. Como segundo paso se señalará la forma en que los paradigmas occidentales en psicología acogen este concepto y lo incorporan para, finalmente, exponer elementos esenciales de su definición, y los hallazgos relevantes en la aplicación de nuestras disciplinas.

BUDISMO, PSICOLOGÍA HUMANISTA Y PSICOANÁLISIS

Breve descripción del desarrollo del Budismo

Siguiendo el trabajo de Safran (2003), el que recopila ciertos elementos históricos, es posible establecer que antes del surgimiento del budismo se había desarrollado en India (siglos VII a VI a.C.) una nueva tendencia religiosa, la tradición *Upanishad*. Esta tradición reinterpretaba la tradición de los Vedas. Enfatizaba el significado interno de las cosas por sobre el externo; el significado mágico y sagrado de los ritos y criticaba el sistema de castas.

La tradición *Upanishad* reinterpretaba la sabiduría de los Vedas la cual enfatizaba la importancia –equivalente a nuestra concepción actual de alma– de la noción de "atman". Esta es la esencia, que trasciende la experiencia, siendo la experiencia de sí mismo y de la realidad sólo ilusiones en contraste con ella. El objetivo es reconocer la naturaleza ilusoria del sí mismo y unificar el verdadero sí mismo o *atman* con la subyacente esencia universal (Safran, 2003).

Entre las prácticas empleadas por la tradición *Upanishad* para acercarse a la trascendencia estaban la meditación y la mortificación de la carne. En este contexto, se definía la meditación como sentarse aquietadamente usando una variedad de técnicas de concentración mental. La mortificación implicaba exponerse uno mismo a varias experiencias físicas extremas como el frío, calor, hambre, para de esta manera conquistar las exigencias del cuerpo (Safran, 2003).

El Budismo se originó en lo que actualmente es el noreste de India, aproximadamente durante el siglo V a. C. En esta época la sociedad india, primordialmente agraria, transitaba gradualmente hacia una organización con grandes centros urbanos y economías de intercambio. Una nueva clase culta y sofisticada, compuesta principalmente por prósperos comerciantes, emergía y los valores tradicionales y las creencias religiosas eran desafiados.

El budismo puede ser entendido como una reacción a esta visión de mundo en diversas formas. Primero, Buda negó la existencia de un alma trascendente. Él (Buda) jamás enseñó que el sí mismo no existía, sino más bien que no era sustancial en el sentido que se construía momento a momento a partir de las distintas experiencias como los recuerdos, sensaciones físicas, conceptos, etcétera. Causas cambiantes y condiciones ponían al sí mismo permanentemente bajo su influencia. Desde la perspectiva budista el sí mismo, como todo en el mundo, es inconstante. Todo cuanto nos ocurre son aspectos inevitables de la vida. El sufrimiento surge de la creencia de que lo que deseamos y evitamos es lo que causa dolor, por lo que la liberación emerge como resultado del reconocimiento de la naturaleza cambiante de la realidad y de dejar ir la visión centrada en uno mismo (Safran, 2003).

Buda rechazaba enfáticamente el ascetismo extremo como práctica espiritual (*Upanishad*) e instó a seguir lo que él denomino la Vía Intermedia, o sea, un camino intermedio entre las prácticas ascéticas extremas y el hedonismo. La meta en el budismo no viene a ser una experiencia trascendental verbalizable sino una búsqueda de sabiduría para vivir en la experiencia (Safran, 2003).

Estas diferencias entre la tradición Upanishad y la Via Intermedia tienen un rol central en el uso de la práctica meditativa actual. La meditación centrada en un objeto constituye una de las formas de hacerlo, pero no es considerada suficiente para alcanzar la liberación. La segunda forma, que es la que más ha impactado en la tradición budista, consiste en desapegarse de la observación de la propia mente. La meditación concentrada en un objeto tiene un rol importante en el desarrollo de habilidades atencionales necesarias para observar la experiencia de un modo pleno, pero la absorción en este estado no es el objetivo. El objetivo de esta meditación, que se refiere como meditación de *insight* o meditación de atención plena (*Mindfulness*), es ayudar a quien la practica a adquirir mayor conciencia de los múltiples contenidos del darse-cuenta tal como se despliega; y lograr con el tiempo la habilidad de una actitud de aceptación no enjuiciadora de un amplio rango de experiencias. La meditación en *Mindfulness* lleva a una clara apreciación de la condición cambiante de la naturaleza y de todos sus fenómenos, nosotros incluidos. Permite una apreciación del rol que tiene la mente en la construcción de la realidad (Safran, 2003).

Hecha esta breve consideración de aspectos tanto históricos como filosóficos del budismo y de la práctica de meditación que propone, revisemos cómo algunas nociones presentes en la Psicología occidental permiten explicar y compartir estos aportes milenarios. Así, después daremos un paso adelante hacia su incorporación en los paradigmas que más fácilmente podremos reconocer, tanto teórica como pragmáticamente.

La Psicología Humanista

La psicología humanista comprende un espectro de diversos abordajes psicoterapéuticos; más aún teóricamente diversos en su origen pero con una visión de hombre en común. Esta comprensión propuesta por Kriz (1990), se amplía al incluir la filiación psicoanalítica originaria de muchos de quienes son considerados "fundadores" de este movimiento tales como A. Adler, V. Frankl, K. Horney o W. Reich. Tanto la psicología como la terapia humanista se destacan por su empeño en generar una renovación de los paradigmas imperantes hasta la década de 1960 desde su concepción misma de lo científico, arraigada en el paradigma positivista-cartesiano. Deben reconocerse las raíces de este movimiento en las siguientes corrientes de pensamiento:

1. La *filosofía existencialista*, que aporta una reflexión e interés por la búsqueda de fundamentos propios, lejos de los dogmas religiosos o ideológicos del discurso científico. Con base en las nociones de libre albedrío y de libertad, en la que el ser humano debe ser comprendido desde sí mismo, en su autonomía, finitud y temporalidad. La experiencia y la existencia son ejes centrales al dirigir su potencial de desarrollo, ésa es la esencia de lo humano. La responsabilidad del hombre por su libertad hacen posible su propia dignidad e identidad (Kriz, 1990).
2. La *fenomenología* que centra su atención en la experiencia sensible y trata de aprender la experiencia de la cosa en sí o su esencia. Desde Husserl y la tradición fenomenológica alemana, como punto de partida, se busca fundar una ciencia en la experiencia misma hasta pasar por la tradición francesa, que enfatiza en el ser humano la noción de intencionalidad en el conocimiento como en su conducta. Un mundo cambiado y organizado por el hombre (Kriz, 1990).
3. La psicología de la *Gestalt*, en cuanto defiende que así como en la percepción (Wertheimer), en el pensamiento y en las acciones se da un orden que responde a las leyes generales de la forma total (Gestalt). Teniendo validez estos principios en el organismo humano como un todo, como en su capacidad de autorregulación. En base a las observaciones de experiencias de soldados con lesiones cerebrales, K. Goldstein destacó las tendencias a la

autorregulación y la autoactualización en interdependencia de los fenómenos psíquicos y somáticos (Kriz, 1990).

Adicionalmente en la referencia a la imagen del hombre en la Psicología Humanista (Kriz, 1990) se sugiere que deben ser considerados los siguientes puntos básicos en el enfoque humanista:

1. Autonomía e interdependencia social: el ser humano es un ser activo capaz de intervenir cada vez más en su propio desarrollo y tomar sobre sí la responsabilidad de su vida. Es una autonomía socialmente responsable, es decir, no es indiferente ante el curso de la comunidad.
2. Autorrealización: a pesar de las necesidades fisiológicas y de su lugar en la determinación de las motivaciones, el ser humano se mantiene activo y empeñado en tomar iniciativas que desplieguen su potencial creador. Estas necesidades de crecimiento también son motores del organismo y, en contextos favorables, consolidan los potenciales y la identidad.
3. Orientación por la meta y el sentido: la actividad psíquica y somática son por definición intencionales, es decir, se ordenan en miras de un sentido y se orientan a metas. Ambas son para la conciencia un puente entre realidad exterior e interior. Parte esencial de estas metas es que han de trascender al ser más allá de la propia existencia.
4. Totalidad: el ser humano es un todo, integrado, significativo y que está en un orden coherente en cuanto sentimientos, razón, cuerpo y mente.

Revisados los fundamentos antropológicos de la escuela humanista, revisemos entonces cómo también desde el enfoque psicodinámico es posible integrar estos aportes a la Psicología occidental.

Psicoanálisis y algunos puntos de encuentro con el Budismo

En interés del psicoanálisis por el budismo puede rastrearse a autores como K. Horney y E. Fromm en la década de los años 1950-60. Este se extiende hasta la actualidad (M. Epstein, 2007; Stern, 2004). Puede decirse que el intercambio entre Sigmund Freud y el Dalai Lama se ha instalado, y para quedarse, en la sociedad contemporánea.

El Psicoanálisis nació en el seno de una sociedad gradualmente secularizada. A comienzos del siglo XX los notables avances del racionalismo científico fueron haciendo que la creencia en Dios aumentara con mucha dificultad. Trabajos de Freud, como "El Porvenir de una Ilusión" o la "Psicología de las Masas y Análisis del Yo", contribuyeron a que muchas de las personas de orientación laica pusieran su confianza ya no en la fe sino en la ciencia (Safran, 2003).

Iniciado el siglo XXI se observa un movimiento en que las personas han depuesto su confianza en la ciencia (tal como se expresa en el creciente interés por terapias alternativas) lo que genera una sensación de vacío existencial más pronunciada que nunca. Claramente el Psicoanálisis no es una ciencia en el sentido de las ciencias físicas, pero de algún modo ha venido a llenar el lugar una vez ocupado por la religión; aunque el Psicoanálisis mismo no se preocupe de las preguntas existenciales (Safran, 2003).

Aunque existe una sed espiritual en nuestra cultura es muy difícil que las personas vuelvan desde una visión del mundo laica a una religiosa propia de la premodernidad. El "hombre religioso" de la antigüedad ha dado paso al "hombre psicológico" y en esta transformación el Psicoanálisis ha jugado un papel principal (Reiff, 1996). Uno de los atractivos del Budismo para la cultura laica y psicoanalítica es que no es una religión en el sentido de la tradición Judeo-Cristiana. El Budismo es "una religión sin creencias" o "una religión de la no-religión"; sin un Dios y sin una doctrina dogmática que demande adhesión total a ella.

Tanto el Psicoanálisis como el Budismo constituyen tradiciones heterogéneas con diferentes escuelas y conflictos que parecen ser contradictorios. Ambos son sistemas de salud que han sido asimilados por diversas culturas. Y han transformado aquellas culturas en las que han entrado. Ambos han evolucionado mucho respecto de sus conceptos originales.

Autores como P. Reiff (1996) sostienen que el Psicoanálisis se desarrolló en un periodo de la historia en que los valores religiosos tradicionales y los símbolos que compartían la comunidad se estaban derrumbando. Perdiendo su capacidad de contribuir a la integración de los individuos y la mantención de los rituales que ayudaban a soportar diversas experiencias que provocan el distréss emocional. En los sistemas basados en la experiencia religiosa, la cura implica estar comprometido en un acto de fe en los valores del grupo y a través del compromiso, pero también deseando la propia salvación. Cuando surge el Psicoanálisis, la visión de mundo tradicional estaba perdiendo su poderío de cohesión. Los valores del sistema tradicional se fragmentaban. Desde esta perspectiva el Psicoanálisis no es una terapia del compromiso sino un enfoque que libera a las personas del compromiso y fe surgido de la religión tradicional y otras instituciones.

CAMINOS DE ENCUENTRO: ANTECEDENTES, HISTORIA Y CIENCIA

Un Diálogo entre la Cultura Oriental y Occidental: Meditación y Psicología

Las tradiciones de meditación de Oriente y la psicología de Occidente tienen a la vez aspectos comunes como diferencias significativas. La ciencia occidental se ha basado históricamente en un rigorismo metodológico que persigue la observación independiente del mundo físico, que puede ser comprendido objetivamente, haciendo uso de los hechos empíricos y excluyendo la variabilidad de la subjetividad. Aquí la comprensión de la mente como una máquina es el resultado de la lógica moderna (s. XVIII – XIX) aplicada de una forma reduccionista tendiente a limitar la comprensión de fenómenos complejos como la interacción mente/cuerpo. Este enfoque asume el control mecánico del ambiente, así como de la realidad mente/cuerpo. Predomina en Occidente un modelo único de estado vigil de conciencia, y cuando este modelo aplica el análisis científico a realidades complejas tiende al simplificarlas perdiendo su riqueza y valor (Didona, 2008).

Por su parte, la ciencia en Oriente, particularmente en aquellos ámbitos de tradición budista, se concibe centrada en la vida interna, por lo cual la mente es lo más importante. La mente es vista, simultáneamente, como fuente de alegría y sufrimiento a la vez, y en general como fuente de todos los fenómenos (Hanh, 1976). Existen en ella numerosos planos o modos de conciencia; varias fases de desarrollo en el adulto hacen esto posible. Por lo tanto, ejercer dominio sobre la mente es a la vez ejercerlo sobre los fenómenos (ambiente o mundo externo). Esto redefine la comprensión del bienestar y la salud pues retira del foco los recursos externos que son tan característicos del mundo occidental. Privilegia así el potencial terapéutico que cada uno tiene en sí mismo.

¿Qué sabemos sobre la Meditación en Occidente? Tanto en oriente como occidente ha existido una práctica de la meditación y la "presencia plena" en el contexto de la contemplación. En ambas se ha producido la posibilidad de entrar en contacto con una dimensión auto-observadora del yo (Deikman, 1982). Desde la tradición judeo-cristiana la comunicación con Dios se lleva a cabo de modo particular: el creyente se dirige al Creador siempre y cuando haya examinado su intención y además exista en él cierto nivel de honestidad; también debe acercarse teniendo en cuenta si hay alguna deuda que limite sus relaciones interpersonales. Así dispuesto, se comunica con Dios y éste en respuesta le muestra su verdad y el hombre puede clarificar su experiencia a través de ella. Testimonio de esta experiencia es la práctica de la Lectio Divina dentro del monacato occidental, referida ya por Gigo, el Cartujo hacia el s. X (Gargano, 1996) que propone mediante sus fases sucesivas permitir ir desde lo cognitivo, o *lectio*, al componente místico del entendimiento llamado *contemplatio*.

En oriente la situación es bastante distinta. No existe una noción de Dios único sino una conexión con la totalidad amplia y perfecta. Son más bien concepciones panteístas en las que la práctica de la observación de sí mismo parte en la experiencia cotidiana, en la dimensión de la experiencia misma (Safran, 2003).

El método de examinar la experiencia, que surge de la tradición budista hace 2.500 años, tiene por objetivo el desarrollo de la "presencia plena" (Mindfulness). Es un particular aporte a ciertas nociones de las ciencias cognitivas, particularmente la de "no-yo" que aporta al entendimiento de fragmentación del Yo descrita en el cognitivismo y el conexionismo. La inclusión de la tradición oriental constituye un segundo Renacimiento como aporte a re-descubrir aportes de otras visiones de mundo. La historia Occidental de la filosofía está mutilada si se desconoce el legado cultural-lingüístico común de Grecia e India. En esta última la filosofía no fue nunca una ocupación abstracta, sino que estaba sujeta a un método disciplinado y específico para el logro del conocimiento, los diversos modos de meditación. Particularmente "presencia plena" significa que la mente está presente en la experiencia corpórea cotidiana; sus técnicas están diseñadas para devolver a la mente desde su abstracción de ideas, sentimientos, imágenes y ocupaciones de regreso al campo de la situación de la experiencia (Varela *et al.*, 1992). Revisemos a continuación cómo es que los aportes conceptuales de la tradición oriental toman forma, en una propuesta concreta y ampliamente difundida.

Conocimiento contemporáneo sobre Meditación

Siendo la meditación una práctica que data desde hace más de tres mil años, la investigación científica se ha hecho cargo de ella apenas desde comienzo de la década de 1960. Los primeros intentos quisieron, esporádicamente, registrar algunas de las hazañas fisiológicas de *maestros yoghis*[3]. Sin embargo, la investigación sistemática no comenzó sino hasta comienzos de la década

[3] Maestro Yoghi: es un practicante experimentado y avanzado en la práctica de Yogha.

de los años 1970, ampliándose desde ese momento. Estos trabajos que se presentan a continuación han sido confirmados en la actualidad señalando resultados similares y convergentes (Treadway & Lazar, 2008)

Los psicólogos transpersonales, puntualiza Walsh (1980), han sido quienes abrigan esperanzas de tender puentes que unan las prácticas de disciplinas orientales con la investigación empírica de Occidente. Lo complejo es que la investigación apunta a medir variables objetivas de orden biológico (quimio-conductuales), las cuáles parecen ser muy imprecisas respecto de los sutiles cambios vivenciales que se experimentan en la meditación. Aunque en la actualidad y con el mayor desarrollo de la tecnología se tiende a mediciones refinadas y sensibles. La mayor parte de la experimentación tiende a centrarse en los efectos de la meditación por sobre la interacción que tendría con otros factores como la personalidad, edad y género de quienes la practican.

Se conocen efectos verificados en las áreas psicológicas, fisiológicas y químicas. Se suponía inicialmente que los distintos tipos de prácticas poseían efectos equivalentes, al parecer la investigación sugiere que las diferentes técnicas poseen efectos peculiares (Walsh, 1980). La forma de clasificar las reacciones ante la meditación consiste en considerar las variables psicológicas, fisiológicas y químicas.

a) Variables Psicológicas

La evidencia experimental señala que la meditación produce varios beneficios psicoterapéuticos. Favorece el bienestar psicológico y la sensibilidad perceptiva, reduce la ansiedad y algunos estudios han mostrado un incremento de la autoestima, la confianza y la actividad académica (Shapiro & Giber, 1978). Pacientes psiquiátricos encuentran alivio a diversos trastornos con práctica diaria de meditación trascendental (Walsh, 1980; Craig, 2004).

Algunas de las experiencias que se reportan en meditadores principiantes consideran emociones intensas y lábiles, episodios de excitación y relajación profunda, aumento de claridad perceptiva, así como el aumento de la visión psicológica interna, percepción de la dificultad para controlar la mente y para no perder la concentración (Kornfield, 1979; Lesh, 1979; Leung, 1973). En una amplia gama, como resultado de una mayor apertura puede darse cualquier tipo de vivencia (Baerentsen, 2001).

En tanto los meditadores experimentados suelen reportar experiencias profundas de una calma basal, ecuanimidad que excluye las reacciones que impiden apreciar diferentes experiencias (Goldstein, 1976; Aftanas & Golocheikine, 2005). También se reporta profundización en la comprensión intelectual. Mediciones experimentales indican mayor sensibilidad perceptiva, los umbrales sensoriales descienden y se incrementa la capacidad de empatía (Kornfield, 1979; Valentine & Sweet, 1999).

b) Variables Fisiológicas

La primera evidencia que surge es que los efectos de la meditación pueden observarse como consecuencia de otras técnicas como estrategias de autocontrol, relajación y auto-hipnosis (Shapiro, 1978). Pero ocurre que las variaciones metabólicas significativas (baja en consumo de oxigeno, baja en producción de anhídrido carbónico y lactato en la sangre) no está claro hasta qué punto son particulares de la meditación (Wallace, 1970; Lutz *et al.*, 2004).

En la fisiología cerebral, mediante EEG, se ha observado que las pautas eléctricas son más lentas y sincronizadas, con predominio de ondas alfa; mientras que en meditadores experimentados pueden llegar a pautas de ondas theta (Fenwick *et al.*, 1977). Análisis más precisos han mostrado sincronización tanto entre áreas correspondientes de ambos hemisferios cerebrales como dentro de cada hemisferio individualmente (Glueck y Stroebel, 1978). En síntesis, hay evidencia que muestra tanto respuestas metabólicas como nerviosas (Dun, Hartigan & Mikulas, 1999).

c) Variables Neurales

Así como los primeros estudios con EEG, también los trabajos en neuroimágenes tienen variaciones significativas en sus diseños y en el tipo de meditación estudiada y, por lo tanto, presentan frecuentemente resultados controversiales. A pesar de ello, han surgido hallazgos consistentes:

- La activación de la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), un área que ha sido asociada con ejecución de toma de decisiones y la atención. Tomados en su conjunto estos hallazgos, sugieren que la meditación produce cambios de estado en el aumento de la activación en CPFDL (Baerentsen, 2001; Lazar *et al.*, 2000, 2005)
- La meditación conduce al aumento de la activación de la corteza cingulada, particularmente la subdivisión anterior (CCA); esta zona juega un rol principal en la integración de la atención, motivación y control motor (Paus, 2001).

– La ínsula ha mostrado activación durante la meditación (Brefczynski-Lewis *et al.*, 2007), asociada con la intracepción, la cual es la suma de sensaciones viscerales e intuiciones que se experimentan en cualquier momento. Ha sido propuesta como un área clave involucrada en el procesamiento de sensaciones corporales transitorias, contribuyendo así a nuestra experiencia de sí mismo (Craig, 2004).

MINDFULNESS O ATENCIÓN PLENA

Definiciones

En el extenso trabajo presentado por Germer, Siegel y Fulton titulado *Midfulness y Psicoterapia* el año 2005, encontramos que Mindfulness es la traducción del vocablo SATI proveniente del idioma Pali, esta última es la lengua en que se transmitía la enseñanza budista hace más de 2.500 años y esta palabra constituye el nodo de esta tradición. Sugiere la noción de "darse cuenta, atender y evocar". Es lo opuesto de funcionar automáticamente, lo opuesto de "soñar despierto", significa más bien poner atención en aquello emergente en el momento presente (Germer, Siegel & Fulton, 2005).

El concepto *Mindfulness* puede ser usado para describir un constructo teórico (mindfulness), una disciplina cultivada (como la meditación mindfulness) o un proceso psicológico (existencia mindfulness). Una definición básica es "darse cuenta (awareness) momento a momento". Desde la perspectiva de la psicología occidental como un proceso cognitivo que emplea la creación de nuevas categorías, apertura a nueva información, y darse cuenta más que una perspectiva teórica (Langer, 1989). Desde algunas perspectivas se le considera no aprehensible a través del lenguaje, porque es en sí una experiencia no-verbal (Gunaratana, 2002; Hanh 1976).

Cuando es llevado al ámbito de lo terapéutico, esta definición se amplia para incluir el *no-enjuiciar*. Ruth Baer (2003) define este concepto, encarnando una concepción más descriptiva y positivista, como "la observación no enjuiciadora del fluido continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan" (p.126). La aceptación es una extensión del no-enjuiciamiento. Le añade una medida de amabilidad. Refiere a la voluntad de dejar a las cosas ser justo en el momento en que se hacen conscientes, sean éstas placenteras o displacenteras cuando emergen.

Estos componentes (darse cuenta de la experiencia presente con aceptación) están considerados irreductiblemente entrelazados en la experiencia de

Tabla 1

EJEMPLOS DE EJERCICIOS PARA UNA PRÁCTICA COTIDIANA DE MINDFULNESS

Finalidad del Ejercicio	Consigna
Activar la Auto-Observación	a. Sintonícese con su respiración en diferentes momentos del día, sintiendo el vientre pasar por una o dos levantadas y caídas. b. Llegue a ser consciente de sus pensamientos y sentimientos en esos momentos, sólo observándolos sin juicios sobre ellos o sobre usted mismo. c. A la vez, sea consciente si hay algunos cambios en la forma en que usted está viendo las cosas o sintiéndose respecto de usted mismo.
Activar la Atención/Concentración	a. Encuentre una postura confortable. Cierre sus ojos. Permita que su cuerpo esté agradado, apoyado por la silla. Advierta directamente la sensación de su cuerpo en contacto con ella. b. Advierta que su respiración está avanzando apropiadamente. c. Disminuya su atención al fluir de su respiración en la punta de su nariz, como contacta las fosas nasales. d. Cuando su atención se dispersa, y usted advierta que así es, regrese su atención a la punta de su nariz. e. Permítase un poco más de respiración antes de abrir sus ojos lentamente.
Activar la Atención Plena	a. Encuentre una postura confortable. Cierre sus ojos. Permita que su cuerpo este agradado, apoyado por la silla. Advierta directamente la sensación de su cuerpo en contacto con ella. b. Permita que surja en su campo de experiencia lo que sea (imágenes visuales, sonidos, sensaciones físicas, sentimientos, grupos de pensamientos), dejándolos ir y venir, moverse libremente. c. Después ponga atención a lo que viene a ser predominante en el campo de la experiencia. Mentalmente advierta y asigne una etiqueta verbal al tipo de pensamiento que más destaca, tales como análisis, planeamiento, recuerdo, escucha y así sucesivamente. d. Tome unas pocas respiraciones antes de abrir lentamente los ojos.

Germer C, Siegel R, Fulton P. [Ed] (2005) *Mindfulness and* Psychotherapy. The Guilford Press, New York.

Mindfulness. Sin embargo, su presencia aislada no determina la presencia automática de los otros.

Ronald Epstein (2003), profesor en la Escuela de Medicina Familiar de la Universidad de Rochester, señala que *Mindfulness* es más que un simple insight, es un estado mental que favorece la reflexión, presencia e insight. De acuerdo a este autor, implica equivalentemente aspectos cognitivos, técnicos e interpersonales del trabajo clínico (en su caso especial, en medicina), e invita a un examen profundo de los procesos de cuidado (Epstein, 2003).

Aplicación a la vida cotidiana

Mindfulness es un evento de ocurrencia natural en la vida cotidiana, pero requiere de práctica para ser mantenida. La capacidad para trabajar con pacientes resulta, la mayor de las veces, una sucesión intermitente de momentos "mindful". La mente puede ser absorbida por pensamientos, asociaciones de lo que los pacientes dicen o hacen. Algunas veces el contenido de la distracción es una clave significativa de lo que está ocurriendo en la sesión, otras veces esto no es así. La continuidad de *Mindfulness* requiere compromiso y trabajo sostenido (Germer *et al.*, 2005).

Mindfulness de acuerdo a la opinión de Germer (*et al.*, 2005) puede ser aprendida y entrenada (ver Tabla 1). La Práctica Reflexiva (Mindful Practice) puede ser organizada en dos categorías generales: formal e informal. El entrenamiento formal refiere a la "meditación mindfulness" (MM), la que es una oportunidad de experienciar *Mindfulness* en sus niveles más profundos. En tanto, el entrenamiento informal refiere a la aplicación de habilidades *Mindfulness* en la vida cotidiana (Mindful Practice, propiamente tal). Un ejercicio que nos alerta sobre el momento presente con aceptación cultiva *Mindfulness.* Por ejemplo, dirigir la atención a nuestra respiración, escuchar los sonidos de nuestro ambiente, poner atención a la postura que tenemos en un momento dado, etcétera. Es este tipo de *Mindfulness* el que los terapeutas ayudan a desarrollar en sus pacientes para ayudarlos en sus problemas con patrones perturbadores de pensamiento, sentimientos y comportamiento, así sentir alivio producido por el darse cuenta momento a momento (Germen *et al.*, 2005).

Existen dos ejercicios que permiten cultivar *Mindfulness* en la vida cotidiana: un lento caminar y un lento comer. En la "meditación caminada" atendemos a los ritmos, secuencias, contacto de nuestros pies con el piso, las sensaciones kinestésicas del caminar. Advertimos silenciosamente nuestro avance, el roce de nuestros zapatos, el contacto del balanceo de los brazos. En la "comida meditada" comemos silenciosamente, más lento que lo usual y advertimos lo que nos llevamos a la boca, sentimos y reconocemos sabores, texturas, el movimiento de los músculos al masticar, esto puede hacer de una simple comida una experiencia excepcionalmente interesante. Estas dos prácticas nos enseñan, en definitiva, que cualquier evento mental puede ser objeto del darse cuenta o *Mindfulness* (Germen *et al.*, 2005).

Mindful Practice o "Práctica Reflexiva" (Epstein 2003) se aplica a partir de una práctica de la atención en salud centrada en el paciente y la medicina basada en la evidencia (Sackett *et al.*, 1996), ha señalado que es una herramienta útil para desplegar en diversas disciplinas. No es exclusivo del entrenamiento médico, aunque generalmente se evoca a través de historiales clínicos y por la observación de médicos experimentados. Implica dedicar atención a las distintas tareas de la práctica diaria para actuar con claridad y entendimiento. Orienta a la mente, a la experiencia en sí (Varela, Thompson & Rosch 1991). De esta manera los clínicos enfocan sus tareas con curiosidad crítica. Éstas y otras características son consideradas por muchos como prerrequisitos del cuidado compasivo (Goldstein, 1994; Noddings, 1984). La "Práctica Reflexiva" supone el desarrollo de cualidades altamente valoradas por los pacientes en sus médicos. Son consideradas características que estarían en el corazón de la práctica médica (Epstein, 2003).

En el contexto del entrenamiento de estudiantes de medicina (Epstein, Siegel y Silberman, 2007) y siguiendo la práctica de la incorporación de la "*Práctica Reflexiva*" desarrollan el concepto de Auto-monitoreo para describir las destrezas que despliegan los profesionales de la salud. El auto-monitoreo está caracterizado por atender, momento a momento, a nuestras propias acciones, curiosidad para examinar los efectos de aquellas acciones y decisión para usar aquellas observaciones para mejorar los patrones de conducta y de pensamientos en el futuro. Mientras la mayoría de los clínicos están de acuerdo que el auto-monitoreo es esencial a una buen práctica, sólo recientemente se dispone de teorías psicológicas e investigación neuro-cognitiva que proveen de vías de explicación para caracterizar y mejorar esta capacidad (v.gr. Modelo Racional-Emotivo).

INVESTIGACIÓN EN MINDFULNESS

Evidencia empírica y aplicación de Mindfulness a la Psicoterapia

Existen varias alternativas de tratamiento fundamentadas en la noción de *Mindulness.* Por su naciente aplicación al área del trabajo psicológico, desde fines de los

años 1970, a comienzos de la década de los 1990 han surgido aproximaciones empíricas que den cuenta de la eficacia de éste, siendo testeada recientemente su verificabilidad. Baer (2003) ha liderado en la Universidad de Kentucky trabajos de investigación en torno a la efectividad y la evaluación de instrumentos para la medición de las habilidades asociadas a *Mindfulness*. En su trabajo sugiere que existe evidencia para sostener que los tratamientos basados en *Mindfulness* son "probablemente efectivos" y que se encuentran en vías de lograr su "establecimiento válido" dentro de los recursos terapéuticos hoy en día.

Al ser *Mindfulness* una capacidad humana simple y universal, es posible encontrarla en la psicología de tradición occidental, tanto en sus dimensiones teóricas como prácticas.

Terapias conductual-cognitivistas

Ha surgido una gran cantidad de literatura sobre tratamientos conductual-cognitivos basados en *Mindfulness* (Baer, 2003; Hayes *et al.*, 2004; Epstein, 2003). A diferencia de los tratamientos tradicionales fundamentados en el cambio, estas terapias se caracterizan por centrarse en el cultivo disciplinado de la relajación, una relación no-adversa hacia los síntomas, en los que a sensaciones perturbadoras, pensamientos y sentimientos se les permite ir y venir libremente. Las principales técnicas en este grupos son:

- Terapia Conductual-Dialéctica (M. Lineham) que trabaja preferentemente con pacientes con trastornos límite de personalidad en la regulación afectiva.
- Reducción de estrés basado en Mindfulness (M. Kabat-Zinn) un entrenamiento de 2 meses que tiene amplia aplicabilidad en salud mental y física.
- Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (Segal, Williams y Teasdale) aplicación del modelo anterior al manejo de la depresión que enseña a los pacientes a observar sus pensamientos.
- Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes) que alienta a sus pacientes a aceptar más que controlar las sensaciones displacenteras.

Parece ser que la terapia Cognitivista en perspectiva amplia estaría pasando bajo una "segunda revolución": una nueva comprensión sobre lo que pensamos, sentimos y hacemos como consecuencia de procesos "implícitos" o inconscientes (Westen, 1999). Entonces la terapia se dirige, a la luz de este nuevo enfoque, a lograr el acceso a patrones de pensamiento y sentimiento, los que poseen cualidades disfuncionales, automáticas e implícitas (Friedman y Whisman, 2004).

Terapias psicodinámicas

Autores psicodinámicos son los que descubrieron muy tempranamente el valor de la psicología budista, al menos ya desde el tiempo de C.G. Jung. Autores contemporáneos como Mark Epstein, Jeremy Safran y Anthony Molino han incursionado en la reflexión sobre las convergencias y diferencias entre el psicoanálisis y la psicología budista. Peter Fonagy (2000) y su concepto de "mentalización" o la capacidad de pensar sobre los estados mentales propios y de los otros, sería una habilidad *Mindfulness*. Así mismo, Daniel Stern (2004) en un reciente trabajo sobre el "momento presente en psicoterapia" esclarece los procesos implícitos en el campo intersubjetivo. Todas estas nociones se relacionan con los principios de la psicología budista descritos previamente.

Es comprensible el descubrimiento temprano de las psicoterapias psicodinámicas de *Mindfulness,* en comparación con las corrientes conductistas ya que las primeras comparten características comunes con la "Mindfulness Practice" o *Práctica Reflexiva*: ambas son un trabajo introspectivo, asumen el darse cuenta y la aceptación como previos al cambio y ambas reconocen la importancia de los procesos inconscientes.

Efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en Mindfulness

Cuando se evalúa la efectividad de la capacitación en *Mindfulness* para problemas psicológicos o físicos estamos preguntándonos si las personas se benefician intencionalmente "siendo con" el malestar en sus vidas más que empleando las estrategias usuales de evitación, negación o intentando remover el problema.

El simple volumen de investigación disponible alienta la idea de que la práctica de "atención plena o *Mindfulness"* tiene efectos saludables sobre una amplia variedad de enfermedades tanto físicas como emocionales (Baer, 2003). No existen muchos diseños experimentales bien construidos para la evaluación de estos programas, debido particularmente a la dificultad que se presenta a la hora de crear controles de intervención que adecuadamente complementen los elementos nucleares de Práctica Atenta (Baer, 2008).

No obstante lo anterior, el trabajo más amplio desarrollado hasta el momento es el meta-análisis realizado por la Dr. Ruth Baer (2003), en el que revisa 22 estudios que han utilizado el programa Reducción de estrés

basado en *Mindfulness* (MBSR) o la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT). Otros programas no considerados en la investigación son los que incorporan la TCD (Terapia Conductual Dialéctica del modelo de M. Lineham) y la TAC (Terapia de Aceptación y Compromiso del modelo de F. Hayes) por considerárselos menos específicamente basados en *Mindfulness.* Las condiciones médicas tratadas en el estudio de R. Baer (2003) consideran ansiedad, depresión, trastorno alimentario, dolor crónico, fibromialgia, soriasis y estrés asociado al cáncer entre poblaciones clínicas y no-clínicas. La mayoría de los estudios en sus diseños usan medidas repetidas, pre y post o seguimientos. Baer (2003) llega a la conclusión que el MBSR es "probablemente eficaz" basado en el limitado número de estudios controlados.

COMPONENTES DE MINDFULNESS

La mejor forma de entender los elementos que actúan en el funcionamiento de una persona en "mindfulness" se entiende a partir de las funciones básicas que el trabajo de Baer (2004) describe. No todos los autores describen la misma secuencia, pero este modelo tiene la ventaja de estar ampliamente validado por la investigación de esta académica de la Universidad de Kentucky.

- *Atención al momento presente*: implica centrarse en el mometo presente, en vez de fijarse al pasado o preocuparse por el futuro. Aún cuando no existe acuerdo si es que la atención ha de centrarse en la experiencia interna o en la actividad concreta. Sin embargo, hay posturas como las de Kabat-Zinn (1994) que propone integrar ambas dimensiones.
- *Apertura a la experiencia*: observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. Implica acercarse a los fenómenos (internos o externos) como si fuese la primera vez. Acercarse como si fuese la primera vez, con "mente de principiante" (Hanh, 1976).
- *Aceptación*: se considera como sinónimo de no-juzgar. No evaluar ni los pensamientos, los sentimientos o incluso las percepciones. Experimentar aquello que acontece tal cual se nos ofrece al vivenciar (Baer, 2004).
- *Dejar pasar*: no dejarse atrapar en la atención por ningún pensamiento, sentimiento o percepción. No apegarse o identificarse con ellos (Kabat-Zinn 1994).
- *Intención*: este principio parece ser contradictorio con algunos de los previamente descritos. Esto, pues, reconoce que en la práctica de cada individuo las necesidades son un proceso diferenciado, particular y que el resultado final del aprendizaje variará según cada individuo. Pero sin embargo, es necesaria la motivación, la disciplina y la constancia: éste es el sentido de este principio (Baer, 2004).

Aplicaciones en profesionales de la Salud

Diversos trabajos han mostrado los resultados de aplicar un entrenamiento a poblaciones de profesionales de la salud basado en Práctica Reflexiva. Uno de los primeros (Shapiro *et al.* 1998), realizado con estudiantes de medicina, verificó su capacidad para reducir las puntuaciones de ansiedad, malestar psicológico y depresión durante el periodo de exámenes. Posteriormente (Rosenzweig *et al.*, 2003) empleando también una muestra de estudiantes de medicina mostró una mejora en su perfil de estado de ánimo. En el trabajo de Mackenzie *et al*. (2006), dos investigaciones diseñadas con muestras de enfermeras se reporta que un entrenamiento basado en *Mindfulness* mejora la auto-percepción de salud física y mental, empatía y bienestar. Por su parte, el programa de reducción del estrés basado en *Mindfulness* ha sido eficaz en reducir las puntuaciones en burnout en grupos de enfermeras (Cohen-Katz *et al*., 2005) y mejorar la calidad de vida y la auto-compasión de profesionales sanitarios (Shapiro *et al.*, 2005).

Pérez y Botella (2004) reportan trabajos de investigación en que personas adultas han encontrado mejorías en cuanto al impacto percibido de los acontecimientos perturbadores cotidianos, estrés psicológico, síntomas médicos y ansiedad. También parejas heterosexuales que han participado en formatos modificados del programa de reducción del estrés de Kabat-Zinn, experimentaron un incremento en sus índices de satisfacción relacional, autonomía, proximidad, optimismo en tanto que se redujeron los índices de malestar psicológico general.

Alcances para el profesional de la Atención de Salud

Para llevar a cabo una tarea clínica idónea, de acuerdo a Enright (1970), los profesionales que se desempeñan no sólo en salud mental requieren tener un acceso fluido a su experiencia interior. Esto porque los principales indicios que permiten acercarse a los estados afectivos del otro son, en primer lugar, la conciencia de algún estado similar o complementario en uno mismo; esto es el reconocimiento en último término de lo que podríamos llamar vida mental (Kandel, 1998). La importancia

de esta toma de conciencia y la forma de lograrla recibieron menciones colaterales por mucho tiempo, quedando este tema relegado a la posesión de un don el cual se podía tener o no, pero difícilmente desarrollarse. Muchas veces se aconsejaba a los alumnos aplicarse en un proceso de psicoterapia, como si este proceso de toma de conciencia fuera una enfermedad a tratar y no un estado normal que mejora la vida y toda interacción (Enright, 1970).

Algunos aspectos de Atención Plena (*Mindfulness)* pueden ser enseñados a través de las usuales formas de comunicación del conocimiento por vía de transmisión de conceptos y el intelecto. Pero hay una gran parte de Atención Plena (*Mindfulness)* que sólo puede ser verdaderamente descubierta y comunicada cuando el clínico/instructor incorpora este enfoque "con todo el corazón". Entendiendo esto último en cuanto a que el corazón es el lugar en que toman contacto las emociones, el intelecto, el espíritu, convergiendo en el ser humano en sí. Esto pone un énfasis diferente en el aprendizaje clínico porque significa entregar *Mindfulness* desde una posición que resuena con autenticidad sobre lo que la práctica trae a la vida del clínico (Woods, 2008)

Para Enright (1970), la toma de conciencia es una experiencia inmediata que toma lugar al tiempo que el organismo tiene contacto con su ambiente y forma parte de él. Aunque puede incluir pensamientos y sentimientos, se centra en las percepciones de la situación actual. Supone cierta intencionalidad de sí mismo dirigida hacia el mundo; que produce un debilitamiento transitorio en la barrera que diferencia un sí mismo de otro, y el objeto mismo de la conciencia parece transitoriamente incorporado al sí mismo. Para algunos experimentar este estado es una vivencia más o menos continua, pero para otros, que bloquean con regularidad este estado, esta experiencia es acompañada frecuentemente por un alivio de tensión, aun cuando la situación de la que se toma conciencia sea dolorosa. Esto es el comienzo del cultivo de las habilidades necesarias para el establecimiento de una relación de calidad en la comunicación. La Práctica Reflexiva (Woods, 2008) es un medio de observación directa de la naturaleza de los pensamientos, emociones y sensaciones físicas y la forma en los que ellos contribuyen al bienestar o al sufrimiento. La atención es dirigida al examen de toda la experiencia, tal como emerge en el momento presente. No es un proceso pasivo sino más bien un estado comprometido de vigilia, amable e intencionado.

Los profesionales de la salud se sientan con un paciente y se dedican a diagnosticar, pronosticar, a planificar la próxima intervención y en qué momento se habrá de producir; pero raramente se abren a la experiencia del sí mismo con el otro. Rodeados por una percepción más o menos eficaz de la realidad, se mueven en un mundo rodeado de fantasmas y sólo prestan una leve atención al prójimo. Este último se presenta diluido e incompleto, cada uno lo rellena con sus propias proyecciones y reacciona inadecuadamente ante éstas. El encuentro vivaz y pleno de compromiso es en realidad todo lo contrario. Aun cuando es cierto que los que trabajan con pacientes usualmente prestan más atención que el común de las personas con que nos relacionamos, sufren de una real incapacidad para escuchar plenamente y para ver con claridad (Enright, 1970). Como resultado de una práctica sostenida y disciplinada, este "darse cuenta" presenta la posibilidad de menor estancamiento en pensamientos, sentimientos y comportamientos absortos en sí mismos y más elecciones amplias cuando éstas se presentan en situaciones estresantes o dificultosas.

Para aprender y fortalecer esta capacidad de "ser con otro" es que en las últimas décadas ha surgido el recurso a diferentes prácticas provenientes de tradiciones contemplativas. Éstas tienen como objetivo general iniciar en la experiencia subjetiva la posibilidad de conectarse con lo que acontece al otro, considerando el supuesto de que ello es viable porque el propio sujeto ha hecho un camino de conocimiento de sí que le permite explorar empáticamente (Enright, 1970).

Hasta la actualidad, en Occidente poco o ningún énfasis ha sido dado al estudio de la mente humana en su comprensión del rol que juega en los estados mentales positivos y las emociones. Además, han sido ignorados los métodos de enseñanza de tales estados mentales positivos, como la amabilidad y la compasión en el establecimiento y desarrollo de la relación terapéutica.

Gastar esfuerzos en el fortalecimiento y desarrollo de la atención, concentración y Atención Plena *(Mindfulness)* conduce a la ecuanimidad y sabiduría basada en la comprensión como condición fundamental de la felicidad e infelicidad (Ekman, Davidson, Ricard & Wallace, 2005).

La amabilidad y la compasión (en el sentido de sintonía con el otro), cuando se dirigen hacia uno mismo y externamente a otros, tienden a suavizar los juicios que tenemos sobre nosotros mismos y sobre los demás y es caracterizada por un profundo estado de cuidado (Hanh, 1976).

El estado de cuidado y compasión (en tanto sentido de empatía y preocupación por el sufrimiento o infortunio de otro con la capacidad de resonar con su pena) juega un importante rol en el trabajo como clínicos.

Se ha sugerido que el cuidado por uno mismo, como el cuidado por nuestros pacientes, es particularmente relevante en la conducción efectiva de la terapia (Gilbert, 2006). Otros trabajos sugieren también que cuando los profesionales de la salud se encuentran insatisfechos con sus trabajos y padecen de distrés psicológico, va en desmedro de la atención a los pacientes (Shanafelt, Bradly, Wipf & Black, 2002). Estos resultados preliminares y el de Shapiro, Brown y Siegel (2007) parecen ofrecer a la salud de los profesionales un camino para desarrollar una respuesta saludable a los efectos estresores en los que se da la propia vida y en el trabajo con pacientes.

Mindfulness no es una solución rápida o una intervención de tiempo limitado para el alivio del dolor y el sufrimiento, es más bien un enfoque que se concentra en el estudio directo de la experiencia y la conciencia, es más bien compromiso en el tiempo para nutrir la mente hacia la posibilidad de entenderse y de ganar sabiduría.

Existen muchas preguntas aún sobre el rol que tiene *Mindfulness* en los contextos de cuidado en salud. Estamos comenzando la comprensión de los mecanismos implicados en la eficacia de este enfoque en diversos tipos de tratamientos. Estamos recién comenzando a aprender sobre cuáles son los aspectos de *mindfulness* que hacen la diferencia en los contextos clínicos. No sabemos realmente cuáles son los elementos de competencia para su instrucción, pero ya hay suficientes aproximaciones que nos orientan al respecto (Baer, 2003; Baer *et al.*, 2006). Hay evidencia empírica que la práctica de *Mindfulness* en el tiempo con regularidad contribuye a la felicidad y alivia el sufrimiento.

MBSR y MBCT emplean Práctica Reflexiva (*mindful practice*) como el centro de sus programas de intervención. Ambos ofrecen una oportunidad para el grupo de participantes de fortalecer la comprensión de la experiencia sobre un terreno cada vez más universal de la salud y el bienestar, se relaciona con el sentido completo que conecta con un profundo núcleo de sabiduría, un profundo sentimiento de estar en casa a pesar de dónde estemos y qué nos esté ocurriendo.

Mindfulness es una herramienta para recordar cómo redescubrir la experiencia del momento. Su práctica nos toma en una forma que trabajan juntos mente y cuerpo. Por esta razón los profesionales enseñando programas necesitan coordinar el aprendizaje tanto intelectual como experiencial en *Mindfulness*; de lo contrario, lo que la práctica tiene que ofrecer puede perder su enfoque centrado en el trabajo con el sufrimiento.

REFERENCIAS

1. Aftanas LI, Golocheikine SA. (2005) Impact of Regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. International Journal of Neuroscience, 115; 893-909
2. Baer R. (2003) Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. Clinical Psychology: Science and Practice. 10: 125-143
3. Baer R, et al. (2004) Assessment of Mindfulness by Self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skill. Assessment, 11(3): 191-206
4. Baer R, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of Mindfulness. Assesment, 13(1): 27-45
5. Baer R, Walsh E, Lykins EL. (2008) Assessment of Mindfulness. En Clinical Handbook of Mindfulness. Springer Science, New York
6. Baerentsen KB. (2001) Onset of Meditation Explored with fMRI. Neuroimage, 13, S297
7. Brefczynski-Lewis JA, Lutz A, Schaefer HS, Levinson DB et al. (2007) Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, 104(27): 11483-11488
8. Cohen-Katz et al. (2005) The Effects of Mindfulness-based Stress reduction on Nurse Stress and Burnout, part II. Holistic Nursing Practice, 19(1): 26-35
9. Craig AD. (2004) Human feelings: Why are some more aware than others? Trends in Cognitives Sciences, 8(6): 231-241
10. Deikman AJ. (1982) The Observing Self, Mysticism and Psychotherapy. Beacon Press, Boston
11. Didona F. (2008) [Editor] Introduction: Where new and old paths to dealing with suffering meet. En Clinical Handbook of Mindfulness. Springer Science, New York
12. Dunn BR, Hartigan JA, Mikulas WL. (1999) Concentration and Mindfulness meditatios: Unique forms of Consciousness? Applied Psychophysiology and Biofeedback, 24(3): 147-165
13. Ekman P, Davidson RJ, Ricard M, Wallace BA. (2005) Buddhist and psychological perspectives on emotions and well-being. Current Directions in Psychological Science, 14(2): 59-63
14. Enright J. (1970) El adiestramiento de la conciencia y los profesionales de la Salud Mental. En Fagan J, Shepherd I (Compiladores). Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica. Amorrortu Editores, Buenos Aires
15. Epstein M. (2007) Psychotherapy without the Self: A Buddhist Perspective. Yale College
16. Epstein R. (2003) Mindful Practice in Action (I): Technical Competence, Evidence-Based Medicine, and Relationship-Centered Care. Families, Systems & Health. Vol 2; Nº 1
17. Epstein R, Siegel D, Silberman J. (2007) Self-Monitoring in Clinical Practice: A Challenge for Medical Educators. En Comunicación Personal, artículo inédito
18. Fenwick PBC, Donaldson S, Gillis L, Bushman J, Fenton GW, et al. (1977) Metabolic and EEG changes during transcendental meditation: an Explanation. Biological Psychology, 5: 101-118
19. Fonagy P. (2000) Attachment and Borderline Personality Disorder. Journal of the American Psychoanalytic Association, 48(4): 1129-1146
20. Friedman M, Whishman M. (2004) Implicit Cognition and the Maintenance and Treatment of major Depression. Cognitive and Behavorial Practice, 11: 168-177
21. Gargano I. (1996) Iniciación a la Lectio Divina. Sociedad de Educación Atenas, Madrid
22. Germer C, Siegel R, Fulton P (Ed.) (2005) Mindfulness and Psychotherapy. The Guilford Press, New York

23. Gilbert P. (2006) Compassion: Conceptualizations, research and use in Psychotherapy. Routledge, New York
24. Glueck BC, Stroebel CF. (1978) Meditation in the Treatment of Psychiatric Illness. Springer, New York
25. Goldstein J. (1976) The Experience of Insight. Unity Press, California
26. Goldstein H. (1994) Insight Meditation: The Practice of Freedom. Shambhala Press, Boston
27. Gunaratana B. (2002) Mindfulness in plain English. Wisdom Publication, Somerville
28. Hanh TN. (1976) The Miracle of Mindfulness. Peacon Press, Boston
29. Hayes S, et al. (2004) DBT, FAP and ACT: How Empirically Oriented are the new Behavior Therapy Technologies? Behavior Therapy, 35: 35-54
30. Kabat-Zinn J. (1994) Wherever you go, there are you: Mindfulness Meditation in Everyday life. Hyperion, Boston
31. Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2): 144-156
32. Kabat-Zinn J. (2008). Foreword. En Didona, F.(Ed) Clinical Handbook of Mindfulness. Springer Science, New York
33. Kandel E. (1998) A New Intellectual Framework for Psychiatry. American Journal of Psychiatry, 155: 457-469
34. Kriz J. (1990) Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. Amorrortu Editores, Buenos Aires
35. Kornfield J. (1979) Intensive Insight meditation: a Phenomenological study. Journal of Humanistic Psychology, 11: 41-58
36. Lang H, Faller H. (1998) Medizinische Psychologie und Soziologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg
37. Langer E. (1989) Mindfulness. Da Capo Press, Cambridge
38. Lazar SW, Busch G, Gollub RL, Fricchione GL, et al., (2000) Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. NeuroReport, 11: 1581-1585
39. Lazar SW. (2005) Mindfulness Research. En Germer C, Siegel R, Fulton P (Ed.) (2005) Mindfulness and Psychotherapy.The Guilford Press, New York
40. Lesh TV. (1970) Zen meditation and development of Empathy in Counselor. Journal of Humanistic Psychology, 10: 39-74
41. Leung R. (1973) Comparative effects of training in internal and external concentration of counseling behaviours. Journal of Counseling Psychology, 20: 227-234
42. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, et al. (2004) Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. Proceeding of the National Academy of Science of the USA, 101(46): 16369-16373
43. Mackenzie C, Poulin P, Seidman-Carlson R. (2006) A Brief Mindfulness-based Stress Reduction Intervention for Nurses and Nurse Aides. Applied nursing Research 19: 105-109
44. Noddings J. (1984) Caring, a Femenine Approach to Ethics and Moral Education. University of California Editions, Berkeley
45. Paus T. (2001) Primate anterior cingulated cortex: Where motor control, drive and cognition interface. Nature Reviews Neuroscience, 2(6): 417-424
46. Pérez MA, Botella L. (2006) Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. Revista de Psicoterapia (España), 16(66): 77-120
47. Rieff P. (1966). The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud. University of Chicago Press
48. Rosenzweig S, et al. (2003) Mindfulness-based stress reduction lower psichologycal Distress in Medical Students. Teaching and Learning in Medicine, 15(2): 88-92
49. Sackett D, Rosenberg W, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal, 312: 71-72
50. Safran JD. (2003) Psychoanalysis and Buddhism. An Unfolding Dialogue. Wisdom Publication, Boston
51. Shanafelt TD, Bradly KA, Wipf JE, Black AL. (2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Annals of Internal Medecine, 136: 358-367
52. Shapiro D, Giber D. (1978) Meditation: Self-regulation strategy and altered states of Consciousness. Arch Gen Psychiat 35: 294-302
53. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. (1998) Effects of Mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. Journal of Behavorial Medicine, 21(6): 581-599
54. Shapiro SL, et al. (2005) Mindfulness Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. International Journal of Stress Management, 12(2): 164-176
55. Shapiro SL, Brown KW, Siegel GM. (2007) Teaching Self-care to Caregivers: Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. Training and Education in Professional Psychology, 1(2): 105-115
56. Stern D. (2004) The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life. Norton Press, New York
57. Treadway M, Lazar S. (2008) The Neurobiology of Mindfulness En Didona, F. Clinical Handbook of Mindfulness. Springer-Science, New York
58. Valentine ER, Sweet PLG. (1999) Meditation and attention: A comparison of the Effects of Concentrative and Mindfulness meditation on sustained attention. Mental Health, Religion & Culture, 2(1): 59-70
59. Varela F, Thompson E, Rosch E. (1992) De Cuerpo Presente. Editorial Gedisa, Barcelona
60. Wallace RK. (1970) Psychological effects of trascendental Meditation. Science, 167: 3926
61. Walsh, R, Vaughn F. (1980) [Comp.] Más Allá del Ego. Textos en Psicología Transpersonal. Editorial Kairós, Barcelona
62. Westen D. (1999) Psychology: Mind, Brain and Culture. Wiley editions, New York
63. Woods SL. (2008) Training Professionals in Mindfulness: The Heart of Teaching. En Clinical Handbook of Mindfulness. Springer-Science, New York